

Laryngitis subglottica

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

Definíció

A laryngitis subglottica a gége és a subglotticus nyálkahártya ödémájával járó, gyakran súlyos inspiratorikus dyspnoét okozó betegség. Az akut gyulladás általában vírusfertőzés következménye, de allergének, ill. baktériumok is kiválthatják. A szinonimaként használt „kruppszindróma” az akut obstruktív fertőzések és nem fertőzések eredetű felső légúti betegségek összessége.

Előfordulás

Gyermekkorban a felső légúti infekciók közel 15%-a kruppbetegség. Leggyakrabban az őszi-téli hónapokban, 3 hónaptól 3 éves korig fordul elő. A betegek kevesebb mint 10%-a szorul intézeti ellátásra. A fiúk gyakrabban betegszenek meg, mint a lányok.

Kiváltó ok

1. Infekciós laryngitis subglottica:

- virális:
 - parainfluenza-vírus,
 - influenza-A vírus,
 - adenovírus,
 - respiratory syncytial vírus (RSV),
 - morbillivírus;

- bakteriális:
 - Haemophilus influenzae,
 - Streptococcus A csoport,
 - Pneumococcus,
 - Staphylococcus;

- Mycoplasma pneumoniae.

Nem infekciózus

(laryngitis spastica, pseudokrapp, laryngitis recidivans):

- familiaritást mutat;

- összetett patomechanizmus (genetikai háttér [atópia]), környezeti ártalmak, vírusfertőzés, légúti hiperreaktivitás).

Tünetek

1. Infekciózus eredetű:

- rekedtség, láz, rossz közérzet, torokfájás;
- bevezető tünet lehet a nátha;
- inspiratorikus stridor, „ugató” jellegű köhögés;
- orrszárnai légzés, tachypnoe;
- jugularis és intercostalis behúzóadások;
- nyugtalanság, cianózis;
- tudatzavar.

2. Laryngitis spastica:

- láztalan állapot;
- hirtelen, főleg az éjszakai órákban alakul ki az inspiratorikus dyspnoe;
- ősszel-télen gyakoribb;
- familiárisan halmozódik;
- hideg, párás levegő hatására gyorsan javul.

A laryngitis subglotticában szenvedő gyermek állapotának objektív megítélésében a „croup score” nyújthat segítséget.

Tünet	Pontszám		
	0	1	2
Stridor	nincs	inspiratorikus	in-expiratorikus
Köhögés	nincs	rekedt	ugató
Levegőbeáramlás	normál	csökkent	jelentősen csökkent
Orrszárnai légzés	nincs	van	van
Mellkasi behúzóadás	nincs	jugularis	jugularis, intercostalis
Cianózis	nincs	szobalevegőn	40% oxigén mellett

1-2 pont esetén az állapot nem súlyos, 3-5 között mérsékelten súlyos, 6 pont vagy e feletti érték súlyos klinikai helyzetet, intenzív osztályos felvételt tehet szükségessé.

Diagnózis

Az esetek többségében a klinikai kép a döntő. Differenciáldiagnosztikai szempontból az alábbi vizsgálatok jelentenek segítséget:

- klinikai kép;
- fizikális vizsgálat;
- kvalitatív vérkép (a bakteriális felülfertőzöttség jele a balra tolt vérkép);
- CRP (bakteriális fertőzés igazolására);
- torokváladék;
- indirekt laringoszkópia;
- oldalirányú nyaki röntgenfelvétel (epiglottitis esetén, szükség szerint);
- ki- és belégzésben készült mellkasfelvétel, vagy -átvilágítás (Holzknecht-tünet).

Differenciáldiagnózis

- epiglottitis (abszolút sürgősségi ellátást igényel!);
- idegentest-aspiráció;
- angioödéma;
- retropharyngealis tályog;
- tbc-s nyirokcsomó-betörés;
- a légutak külső kompressziója (traumás haematoma);
- tetania (újszülöttkorban);
- diftériás krupp (igen ritka);
- pszichogén stridor.

Terápia

1. Párásítás

(hideg pára, ultrahangos készülékkel – megelőzi a gyulladt nyálkahártya kiszáradását).

2. Epinephrin:

- vasoconstrictiót okoz, így az ödémát csökkenti;
- porlasztással juttatjuk be, 30 percenként ismételhető (dózis: 0,25–0,5 ml a 2,25% racem epinephrin oldatból, 3 ml izotóniás NaCl-oldattal hígítva).

3. Kortikoszteroid

- csökkenti a kapilláris endothel permeabilitását, valamint a nyálkahártya gyulladását. Beviteli mód: inhaláció, per os, parenteralis. A parenteralis alkalmazás előnyt élvez!

4. Oxigén

- súlyosabb esetekben párástítva, maszkon vagy orrszondán keresztül.

5. Antibiotikum

- kizárólag azokban az esetekben indokolt, amikor igazolt a bakteriális felülfertőződés (vérkép, CRP, torokváladék eredménye alapján).

6. Antihisztamin

- az atópiás eredetű laryngitis spastica esetében elvileg adható, de alkalmazása a gyakorlatban erősen visszaszorult.

7. Relaxáció, gépi lélegeztetés

- (extrém súlyos, terápiarezisztens esetben). Az intubáció 0,5 mm-rel kisebb méretű tubussal, szedált, relaxált helyzetben.

8. Középsúlyos és súlyos esetekben megfelelő hidrálás infúzió formájában.

Az intenzív osztályon történő elhelyezés indikációi:

- Az epinephrin alkalmazása 2 órán túl is szükséges;
- a pCO₂ tartósan meghaladja a 40 Hgmm értéket;
- a légzésszám meghaladja a korspecifikus 95 percentilis értéket;
- a croup score >6.

Intubáció indikációja felső légúti obstruktív tünetek esetén:

- Epiglottitis (csak nagy gyakorlattal rendelkező végezze!);
- fokozódó légzési munka és/vagy
- $p\text{CO}_2 > 60$ Hgmm;
- fokozódó nyugtalanság, romló tudatállapot;
- perifériás keringési elégtelenség tünetei (oxigénadás melletti cianózis megkésett intubációt jelent);
- progrediáló klinikai légzészavar.

Szövődmények

A vírus eredetű krupp 15%-ában a fertőzés kiterjedésével lehet számolni (középfül, terminális bronchiolusok, tüdőparenchyma). Bár a másodlagos bakteriális pneumónia ritkaság, gennyes tracheobronchitis alkalmanként kialakulhat.

Prognózis

Az epinephrin inhaláció széles körű elterjedése, valamint a lokális és szisztémás szteroidok használata óta a laryngitis subglottica súlyos, intenzív osztályos elhelyezést igénylő formája ritka. Mortalitása az utóbbi 5 évben 1% alatti, ami az egységes irányelveket követő sürgősségi ellátásnak köszönhető.